



# **IÄKKÄÄN JA HEIKON AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN OMAISEN TUKEMINEN GERIATRISILLA VUODEOSASTOLLA**

Ulla Salminen

Kehittämistehtävä  
Marraskuu 2010  
Psykofyysisen fysioterapian  
erikoistumisopinnot  
Tampereen ammattikorkeakoulu

**TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Erikoistumisopinnot  
Psykofyysinen fysioterapia

Ulla Salminen

Iäkkään ja heikon aivoverenkiertohäiriöpotilaan omaisen tukeminen geriatrisella vuodeosastolla

Kehittämistehtävä 26 s.  
Marraskuu 2010

---

Omaisten kohtaaminen työssä on entistä enemmän sekä työyhteisöjä että työntekijöitä puhuttava ja kuormittava tekijä. Kehittämistehtävän tavoitteena on virkistää terveydenhuollon työntekijöiden ymmärrystä omaisten huomioimisen tärkeästä merkityksestä ja herättää keskustelua toimintatapojen kehittämiseksi. Tarkoitus on rohkaista työntekijää aloitteentekijänä vuorovaikutuksessa omaisten kanssa. Kehittämistehtävä on kirjallisuuskatsaukseen perustuva kannanotto omaisen kohtaamisen merkityksestä ja aiheeltaan ajankohtainen geriatrisen osaston koulutusmateriaaliksi virittämään osaston toimintaa asiakaslähtöisempään suuntaan.

Suomessa aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuu vuosittain 13 000 – 14 000 henkilöä. AVH-potilaiden hoitoon käytetään kaikista sairausryhmistä eniten sairaalapäiviä. Iäkkäillä henkilöillä sairauteen liittyy kuolevuus, vajavaisen toipumisen ja pysyvän avuntarpeen todennäköisyys. Suomalaiset aivoverenkiertohäiriöpotilaat ovat nykyään keskimäärin yli 70-vuotiaita ja entuudestaan sairaita.

Potilas itse määrittelee lähtökohtaisesti omaisensa, joka voi silloin olla muutakin kuin biologisin sitein tai lainsäädännöllä merkitty. Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön aiheuttaa aina paitsi potilaalle myös hänen omaiselleen henkilökohtaisen kriisin. J. Cullbergin mukaan kriisissä on neljä erilaista vaihetta, joiden on saatava tulla ja jotka on eletävä läpi. Omaisella voi olla hyvin erilaisia selviytymistapoja.

Omaiset kokevat, että heille annetaan helposti passiivinen rooli eikä heidän mielipiteitään tiedustella riittävästi. Omaiset odottavat ja tarvitsevat terveydenhuollon työntekijöiden kutsua osallistua hoitoon. Osallistumisella tarkoitetaan mahdollisuutta osallistua potilaan hoitoa koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon tai hoidon tuottamiseen.

Hoito- ja terapiahenkilökunta muodostavat potilaalle ja hänen omaiselleen tärkeimmän tukiverkoston etenkin sairastumisen alkuvaiheessa. Helena Purola (2000) jakaa tuen emotionaaliseen eli henkiseen ja informatiiviseen eli tiedolliseen. Eniten omaiset odottavat saavansa tiedollista tukea. Tapa jolla tietoa annetaan, merkitsee omaiselle jopa enemmän kuin itse tieto. Emotionaalista tukea ei voida tiedollisen tuen tapaan tarjota systemaattisesti, vaan työntekijällä pitää olla tilanneherkkyyttä tunnistaa omaisen tarpeet kohtaamistilanteessa.

---

Avainsanat: Omainen, henkilökohtainen kriisi, osallistuminen, informatiivinen ja emotionaalinen tuki, aivoverenkiertohäiriöpotilas

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
1 JOHDANTO .....	4
1.1 Kehittämistehtävän tavoite ja tarkoitus .....	5
1.2 Kehittämistehtävän toteutus .....	6
2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAS GERIATRISELLA VUODEOSASTOLLA .....	7
2.1 Iäkkään henkilön aivoverenkiertohäiriöt.....	7
2.2 Iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan ennuste.....	8
2.3 AVH-potilaan kuntoutusperiaatteita geriatrisella vuodeosastolla ..	9
3 OMAINEN .....	11
3.1 Omaisen henkilökohtainen kriisi .....	11
3.2 Omaisen selviytyminen.....	13
3.3 Omaisen osallistuminen hoitoon.....	14
4 OMAISEN TUKEMINEN.....	16
4.1 Informatiivinen tuki.....	17
4.2 Emotionaalinen tuki .....	18
5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	20
5.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilas geriatrisella vuodeosastolla.....	20
5.2 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan omainen.....	21
5.3 Henkilökunnan tuki geriatrisella vuodeosastolla .....	23
LÄHTEET.....	25

## 1 JOHDANTO

Iäkkäiden ihmisten hoidon kehittäminen on nyt ja lähitulevaisuudessa laaja yhteiskunnallinen haaste. Suomessakin sen tärkeimmiksi velvollisuuksiksi on priorisoitu pysyvän laitoshoidon ehkäisyn lisäksi sairaanhoidon sisällöllinen kehittäminen. Geriatria ei ole pelkästään pitkäaikaissairaanhoitoa ja hoitopaikkojen järjestelyä. Sen tulisi olla ennen muuta jatkuvaa pohdiskelua siitä, mikä on potilaan paras. (<http://www.gernet.fi>.) Eettisenä kysymyksenä aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksessa voivat nousta esille tilanteet, joissa joudutaan miettimään luopumista aktiivisesta kuntoutuksesta. Erityisen ongelmallisena koetaan sellainen tilanne, jossa omaisella ei ole realistista käsitystä potilaan tilasta. Kun omaiset vaativat vakavasti sairaan tai kuolevan potilaan aktiivista hoitoa tai kuntouttamista elämän pitkittämiseksi, jäävät potilaan itsemääräämisoikeus ja tahto usein toissijaisiksi. (<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>.)

Omaisen kohtaaminen työssä on entistä enemmän sekä työyhteisöjä että työntekijöitä puhuttava ja kuormittava tekijä. Toisin kuin psykiatrian puolella, vanhustyössä ei ole perinteisesti ollut omaisten kanssa aktiivista työskentelyä tai ainakaan se ei selvästi näy. Sille ei ole varattu myöskään riittävästi aikaa. Liian vähäiset kohtaamiset omaisten kanssa ovat omiaan aiheuttamaan ristiriitoja ja konflikteja. Omaiset kokevat, että he eivät tule kuulluiksi ja työntekijät kokevat vuorostaan äänekkäät ja aktiiviset omaiset rasittavina. Yleinen käsitys tuntuu olevan, että tänä päivänä omaiset ovat vaativampia kuin ennen. (<http://www.jyvaskylankoulutuskeskus.fi>.) Kirjailija ja terapeutti Tommy Hellstenin mukaan ammattiauttaminen on ajautunut syvään uskottavuuskriisiin. Hänellä on sellainen vaikutelma, että moni työntekijä ajattelee tehdessään auttamista työkseen, että hänen ei tarvitse olla läsnä ihmisenä ihmiselle (Hellsten, 1996, 30).

Pyysalon ja Suomisen (1998) tutkimuksessa kuvataan aivoverenkiertohäiriöpotilaan haavoittuvuutta oman kehon muutosten, elämänmuutosten, huonojen hoitokokemuksien ja henkisen loukkaamisen välisenä vuorovaikutuksena. Tutkimuksessa todetaan, että yksi haavoittuvuutta lisäävä tekijä on se, että hänen omaistaan ei huomioida riittävästi. Tieto, ohjaus ja tuki omaiselle tulisi olla keskeinen auttamiskeino, koska myös omaisen elämä järkkyy monella tavalla. (Haunia, J. 2000, 7.)

Omainen tulee nähdä kuntoutujan toimintakykyä tukevana voimavarana sekä kiinteänä osana kuntoutusketjua. Hänelle tulee antaa tietoa, tukea ja apua, jotta hän kykenisi ja jaksaisi auttaa potilasta. Omainen tuntee potilaan historian ennen sairastumista, osaa tulkita sanaton viestintää ja pystyy usein toimimaan esimerkiksi afasia-potilaan tulkina parhaiten. (Laitinen, Miske, Salminen, 2006, 22.)

Omaiset vaikuttavat olennaisesti kokonaishoidon onnistumiseen. AVH-potilaiden ja heidän omaistensa selviytyminen liittyvät toisiinsa eikä niitä voida tarkastella täysin erillisinä. Omaisten kohtaamiseen tarvitaan lisää koulutusta ja harjoitusta vuorovaikutustaitojen kohentumiseksi. Lisäksi tarvitaan kärsivällisyyttä, tahtoa ja aikaa. Pitkällä aikavälillä onnistunut kohtaaminen säästää työntekijän aikaa ja voimavaroja.

Omaiset ovat geriatriassa voimavara, jonka käyttöönottoa tulee systemaattisesti kehittää ja lisätä. Omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä tulee vahvistaa ja omaiset nähdä enemmän yhteistyökumppaneina eikä ainoastaan vierailijoina.

Ihmistyö on jatkuvaa prosessinomaista ihmiskäsitysten rakentamista vuorovaikutuksessa avuntarvitsijoihin ja koko työyhteisöön. Jokaisessa kohtaamisessa on aina jotakin yllättävää, joka ei sovi ennakkokäsitykseemme. Yhä uudelleen törmäämme siihen tosiasiaan, että jokin puoli ihmisenä olemisesta pysyy aina salaisuutena. (Lindqvist, 1990, 64 – 66.)

### 1.1 Kehittämistehtävän tavoite ja tarkoitus

Kehittämistehtävän kokonaistavoitteena on nostaa geriatrisen työn profiilia omaisten kohtaamisen laatua parantaen. Tavoitteena on virkistää terveydenhuollon työntekijöiden ymmärrystä sekä herättää kehittävää ja konkreettisiin toimenpiteisiin tähtäävää keskustelua omaisen huomioimisen tärkeydestä myös iäkkään ja heikon aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Lisäksi tavoitteena on lisätä omaisten tyytyväisyyttä vuodeosaston hoitoa ja kuntoutusta kohtaan. Näin voidaan vähentää ristiriitoja, väärinymmärryksiä tai suoranaisia konflikteja osastolla omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä sekä lisätä työntekijöiden jaksamista vaativassa, erityisosaamista edellyttävässä työssä.

Tarkoituksena on rohkaista terveydenhuollon työntekijöitä aktiivisempaan rooliin omaisen tukijana tilanteissa, joissa AVH-potilas jää laitoshoidon pitkäaikaispotilaaksi. Tarkoitus on siten lujittaa potilaan ja omaisen välistä suhdetta uudessa elämäntilanteessa. Työstäessäni kehittämistehtävää pohjustan samalla AVH-yhdyshenkilötoiminnan mahdollista räätälöintiä heikkoennusteisen ja iäkkään kuntoutuksen omaisen suuntaan.

## 1.2 Kehittämistehtävän toteutus

Olen hoitovapaalla fysioterapeutin tehtävistä geriatriselta vuodeosastolta. Juuri ennen äitiyslomalle jäämistäni lupauduin aivoverenkiertohäiriöpotilaiden yhdyshenkilön tehtäviin yhdessä sairaanhoitajan kanssa. Tutustuimme vuonna 2005 – 2006 Pirkanmaan ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnoilla Kuntouttava työote aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitotyössä. Teimme yhdessä koulutukseen liittyvän kehittämistehtävän Iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö Kaupin sairaalassa. Merkittävimpiä huomioitamme edellisessä kehittämistehtävässä oli tarve kehittää yhteistyötä omaisten kanssa. Omaiset ovat voimavara, joka edistää merkittävästi AVH-potilaan hoitoa ja kuntoutumista. Omaisten kohtaaminen työssäni on pitkään askarruttanut mieltäni toisaalta palkiten onnistuneissa kohtaamisissa ja toisaalta voimia kuluttaen ristiriitatilanteissa. Koen, että omalla kohdallani omaisten tukeminen on niin sanotusti lasten kengissä. Aloitan teoreettisen pohdinnan aivan alusta.

Nyt käsillä oleva kehittämistehtävä on minulle hyvin perusteltu ja henkilökohtainen kannanotto omaisen kohtaamisen välttämättömyydestä geriatrisella vuodeosastolla. Kyse on kirjallisuuskatsauksesta, joka perustuu alaa sivuavaan kirjallisuuteen, opinnäytteisiin ja tutkimuksiin sekä verkkolähteisiin vahvistaen ja selkiyttäen omia edelleen kehittymiskelpoisia näkemyksiäni omaisten kohtaamisesta. Kehittämistyöhön virittäytyessäni luin omaisten tarinoita kaunokirjallisuudesta, yleisön osaston kirjoituksia aikakausi- ja sanomalehdistä, omakohtaisia kokemuksia verkon keskustelupalstoilta sekä juttelin ystävä- ja tuttavapiirissä sellaisten henkilöiden kanssa, joilla on ollut aivoverenkiertohäiriöön liittyviä omakohtaisia kokemuksia omaisena olemisesta tuoreessa historiasaan.

Toivon, että tämän kehittämistehtävän myötä etenee vuodeosastoni toimintatapojen kehittäminen asiakaslähtöisempään suuntaan. Toivottavasti paloni heijastuu rivien välistä lukijaan ja antaa siemenen kohti omaislähtöisempää tulevaisuutta.

## 2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAS GERIATRISILLA VUODEOSASTOLLA

Suomessa aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneita on vuosittain 13 000 – 14 000 henkilöä. AVH-potilaiden hoitoon käytetään kaikista potilasryhmistä eniten sairaalapäiviä. Kyse on yleisimmästä yksittäisestä toimintakyvyttömyyden aiheuttajasta kehittyneissä maissa. Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa merkittäviä fyysisiä, kognitiivisia ja tunte-elämän muutoksia. (Purola, 2000, 12.) Sairautta seuraavien fyysisten oireiden lisäksi elämä muuttuu usealla elämän osa-alueella. Elämänhallinta siirtyy itseltä muille. Oman kehon hallinta heikkenee, fysiologisten toimintojen kontrollikyky heikkenee. Läheisyyden tarve ei kuitenkaan sairastumisen myötä katoa, on vain löydettävä uudenlaiset muodot toteuttaa läheisyyden tarpeita. (Hänninen & Pajunen 2006, 22 – 25.)

### 2.1 Iäkkään henkilön aivoverenkiertohäiriöt

Vanhuspotilaan etenevät neurologiset oireet ja akuutisti ilmaantuvat halvausoireet ovat aina paitsi diagnostinen ennen kaikkea hoidollinen haaste. Suomalaiset aivoverenkiertohäiriöpotilaat ovat nykyään keskimäärin yli 70-vuotiaita ja usein entuudestaan sairaita. Jopa 5 – 10 prosenttia kaikista aivoverenkiertohäiriöistä ilmaantuu muiden vakavien perussairauksien hoidon aikana. Tällaisia riskisairauksia ovat muun muassa akuutit sydänsairaudet, useat verisyövät muiden syöpien ohella sekä erilaiset arteriitit. Näissä tiloissa aivoverenkiertohäiriöiden oireisto liittyy usein sairauden loppuvaiheeseen, mutta silti uuden ilmaantuneen perussairauden hoidon aktivaatiota on syytä harkita. (Tilvis & Sourander, 1993, 275.)

Aivoverenkiertohäiriössä kyse on sairaudesta, jossa aivojen toiminta on häiriintynyt aivoverenkierron estymisen seurauksena. Aivot tarvitsevat verenkierron välityksellä jatkuvasti happea ja glukoosia toimiakseen. Häiriöt verenkierrossa johtavat nopeasti aivojen pysyviin vaurioihin. Aivoverenkiertohäiriöllä tarkoitetaan kahta erityyppistä tilaa: paikallista aivokudoksen iskemiaa eli verettömyyttä tai paikallista aivovaltimon verenvuotoa eli hemorragiaa. N. 80 % aivoverenkiertohäiriöistä aiheutuu verisuonten tukkeutumisesta, aivoinfarktista, n. 10 % verisuonen repeämisestä aiheutuvasta vuodosta. (Laitinen ym., 2006, 6.) Ohimenevä aivojen verettömyyskohtaus eli TIA

(=Transient Ischemic Attack) ei vielä suoranaisesti aiheuta pysyvää aivovauriota, mutta on merkittävä riskitekijä.

Palautumattoman vaurion aivokudoksessa aiheuttaa verisuonen tukkeutuminen. Ahtauma tai tukos voi sijaita aivoihin verta vievässä valtimossa tai aivovaltimossa. Tukoksen takia ympäröivä aivokudos kärsii hapen puutteesta ja vaurioituu. Embolus eli hyytymä voi irrota valtimon seinämästä, aortasta tai sydäimestä ja aiheuttaa tukoksen. Päävaltimot aivojen etuosiin ovat sisempi päävaltimo (a. cerebri interna), keskimmainen aivovaltimo (a. cerebri media) ja etummainen aivovaltimo (a. cerebri anterior) sekä aivojen takaosiin nikamavaltimo (a. vertebralis), kallonpohjavaltimo (a. basilaris) ja takimmainen aivovaltimo (a. cerebri posterior). Aivoverenvuoto (ICH=) eli valtimovuoto aivoaineeseen syntyy, kun aivokudoksen sisään vuotaa verta aivovaltimon seinämän repeytyessä. Valtimovuoto lukinkalvonalaiseen tilaan (SAV) syntyy, kun aivovaltimon repeämästä vuotaa verta aivoja ympäröivien kalvojen lukinkalvon alaiseen tilaan. (Laitinen ym., 2006, 6.) Mitä iäkkäämmästä henkilöstä on kyse, sitä suuremmalla todennäköisyydellä aivoverenkierron häiriön taustalla on akuutti verisuonitukos joko tromboosin tai embolian aiheuttamana (Tilvis & Sourander, 1993, 275.)

## 2.2 Iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan ennuste

Iäkkään henkilön AVH on itsenäisen toimintakyvyn kannalta erittäin vakava sairaus. Siihen liittyy kuolevuus, vajavaisen toipumisen ja pysyvän avuntarpeen todennäköisyys. Ensisijaisesti ennusteeseen vaikuttaa vaurion paikka ja laajuus. Elinennusteeseen vaikuttavia muita tekijöitä ovat kunkin sairastuneen yksittäiset muut sairaudet tai niin sanottu monisairastavuus sekä ikä liittyen edellä mainittuihin tekijöihin. Käytännössä pitkään tajuttomana olleen AVH-potilaan ennuste on erittäin huono. (Tilvis & Sourander, 1993, 276.)

Iäkkäiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden keskeisenä hoitona on pidetty kuntoutusta, joka pitää aloittaa intensiivisesti ja varhain potilaan realististen kuntoutusmahdollisuuksien mukaan. Rohkaisevia tuloksia on saatu potilaiden keskittämisestä erikoistuneisiin aivohalvausyksiköihin. Tutkimuksien mukaan intensiivinen varhaiskuntoutus, joka ottaa huomioon iäkkäiden potilaiden moninaiset ongelmat parantaa kuntoutusennustetta, vähentää kuolevuutta lyhyellä aikavälillä sekä parantaa mahdollisuuksia palata itsenäiseen toimintakykyyn. Vaikka aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät monet oireet korjaantuvat



hiljalleen useiden kuukausien tai jopa vuosien kuluessa, keskeinen tulos näyttää olevan saavutettavissa viimeistään kolmen kuukauden kuluessa sairastumisesta. Tärkeimmissä tavoitteissa ei tämän jälkeen juuri nähdä selkeää parannusta. Kuntoutuksen tavoitteena tällöin on jäljelle jääneen toimintakyvyn ylläpitäminen. (Tilvis & Sourander, 1993, 279.) Heikolla aivoverenkiertohäiriöpotilaalla potilaalla tarkoitan tässä työssä sellaista henkilöä, joka pääsääntöisesti jää pysyväksi laitoshoidon potilaaksi vuodeosastolle elämänsä loppuun saakka.

### 2.3 AVH-potilaan kuntoutusperiaatteita geriatriisella vuodeosastolla

Geriatrilla tarkoitetaan iäkkäiden ihmisten hoitoon keskittynyttä lääketieteen osa-aluetta. Geriatriinen vuodeosasto on käytännössä yleensä perusterveydenhuoltoon kuuluva terveyskeskustasoinen vuodeosasto, jossa hoidetaan pääasiassa iäkkäitä monisairaita potilaita. Osastot ovat diagnooseiltaan usein niin sanottuja sekaosastoja. Myös AVH -potilaat, jotka eivät selkeimmin hyödy intensiivisestä kuntoutuksesta tai eivät ole vielä saaneet vapautuvaa osastopaikkaa aivohalvauspotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen keskitetyltä osastolta, hoidetaan geriatriisella vuodeosastolla.

Vuodeosastolla toimii eri ammattiryhmien edustajia yhteistyössä potilaan asioita hoitaen. Tämä niin sanottu moniammatillinen työryhmä koostuu sillä vuodeosastolla, jolla itse työskentelen osaston lääkärin ja hoitotyöntekijöiden lisäksi fysio- ja toimintaterapeutista, konsultoivasta puheterapeutista, sosiaalityöntekijästä, laitoshuoltajista ja sairaalapastorista, askartelunohjaajasta sekä mahdollisuuksien mukaan konsultoivasta neuropsykologista.

Geriatrinen kuntoutuksen ja kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteena on optimoida vanhuksen hyvinvointi ja omatoimisuus. Ikäihminen on aktiivinen toimija eikä vain passiivinen hoidon ja kuntoutuksen kohde. Prosessi on viisivaiheinen ja koostuu alkukartoituksesta, tavoitteiden asettamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta, kompensoinnista ja jatkohoidon järjestämisestä. Kompensoinnilla tarkoitetaan apuvälinearviota, potilaan ympärillä olevan tilan järjestelyä ja sopeutumisvalmennusta. Onnistunut kuntoutuminen edellyttää, että omainen otetaan alusta asti mukaan kuntoutusprosessiin ja pidetään siinä osallisena prosessin kaikissa vaiheissa. (Tilvis & Aantaa, 2001, 349 - 351.)

Kuntoutuminen pohjautuu potilaan omiin voimavaroihin ja niiden herättelyyn. Keskushermostovaurioissa hermokudos vaurioituu nopeasti. Hermosolut eli neuronit poikkeavat useimmista kehon muista soluista siten, että tuhoutuessaan ne eivät korvaudu uusilla soluilla. Hermoston toimintojen palautumisen tärkein ominaisuus on niiden muotoutuvuus eli plastisuus. Neuronit muuttuvat oppimisen kautta siten, että hermo-päätteet uusiutuvat jonkin verran. Lisäksi hermosolujen välille syntyy uusia yhteyksiä eli tapahtuu versomista. Kuntoutus ja oppinen eri yhteyksissä aktivoivat hermovekon uudelleen järjestäytymistä. Hermokudoksen uudelleen organisoituminen edellyttää systemaattista ja yksilöllisesti harkittua ohjaustapaa, johon sitoutuu koko henkilökunta, koska oppiminen vaatii tuhansia toistoja. (Laitinen ym., 2006, 23.)

Intensiivinen fysioterapia tarkoittaa päivittäistä kuntoutusta. Akuuttivaiheen potilas kuuluu intensiivisen fysioterapian piiriin mahdollisuuksiensa mukaan. Mikäli intensiivisellä fysioterapialla ei saada selvää vastetta esille potilaan kuntoutumisessa ensimmäisen kolmen kuukauden aikana, siirrytään ylläpitävään fysioterapiaan. Ylläpitävällä fysioterapialla pyritään säilyttämään jäljelle jääneitä voimavaroja. Kun fysioterapiasta luovutaan kokonaan, kuntoutumista edistävä hoitotyö jatkaa potilaan voimavarojen aktivoimista. Geriatrisen kuntoutuksessa on haasteena fysioterapian integroituminen kuntoutujan päivittäisiin toimiin ja arjen tekemiseen (Laitinen ym., 2006, 24).

Kuntouttava ohjaaminen edellyttää normaalin perusliikkumisen tuntemista. Sillä edistetään AVH-potilaan toimintojen oppimista uudelleen. Peruseriaatteena on esimerkiksi, että halvaantunutta puolta vartalosta ohjataan toimivamman puolen kanssa yhtä paljon kaikkiin tehtäviin. Alkuvaiheessa AVH-potilaan asentojen, liikkumisen ja toiminnan ohjaus on usein passiivista. Heikoilla potilailla tämä vaihe voi kestää kuukausiakin. Potilaan kuntouttavasta ohjauksesta saatetaan luopua liian nopeasti vetoamalla potilaan itsemääräämisoikeuteen tai motivaation puutteeseen. (Laitinen ym., 23.)

### 3 OMAINEN

Omainen-käsitteen määrittelemine ei ole aina yksiselitteistä. Viime vuosina perheen murroskaudella omaiskäsite on laajentunut tarkoittamaan muitakin kuin potilaan kanssa sukulaissuhteessa olevia. Omaisella voidaan siis tarkoittaa sellaista sukulaista, naapuria, ystävää tai tuttavaa, joka on sairastuneelle tärkeä. (Isola ym., 1999, 62.) Kamienskin (2004) mukaan joissakin tilanteissa voi olla vaikea päättää kuka on potilaan lähiomainen ja kenet otetaan keskusteluihin mukaan. Potilaalla voi olla suuri joukko omaisia, jotka kaipaavat tietoa hänen voinnistaan ja hoidosta. Tällöin nimetään yhteyshenkilö, jolle tietoja annetaan (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen, 2006, 47). Osastotyön arjessa esiintyy joskus erilaisia ongelmia potilaan ja omaisten välisissä suhteissa. Omaiset saattavat keskenäänkin riidellä potilasta koskevista asioista. Omaisen määrittely on tärkeää sekä tutkimuksen että käytännön työn kannalta. Potilas itse määrittelee lähtökohtaisesti läheisensä, joka voi silloin olla muutakin kuin biologisin sitein tai lainsäädännöllä merkitty. (<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>.) Tiedonkulku voi olla myös rajoitettu omaisille, mikäli potilas niin tahtoo.

#### 3.1 Omaisen henkilökohtainen kriisi

Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön aiheuttaa paitsi potilaalle myös hänen omaiselleen aina henkilökohtaisen kriisin; ahdistusta, hätää ja kuoleman pelkoa. (Holmia ym., 2004, 308.) Tieto vakavasta sairaudesta käynnistää miltei väistämättä suru- ja luopumisprosessin. Merkittävä luopumisen osa-alue on luopuminen omasta tulevaisuudesta. Olennaiseksi muuttuu maailma tässä ja nyt. Vakavan sairastumisen yhteydessä omainen käy läpi hyvin samantapaista suruprosessia kuin jota koemme läheisen kuoleman seurauksena. Suru keskittyy nimenomaan luopumiseen. Lähestyvään kuolemaan liittyy aina suru ja kaipaus rakkaan ihmisen menettämisestä. (Hänninen & Pajunen, 2006, 22 – 25.)

Kriisireaktio on luonnollinen seuraus epätavallisesta tapahtumasta. Reaktiot ovat normaaleja reaktioita epänormaalille tilanteelle. Kaikilla omaisilla on kriisireaktioita. Sairastuneen potilaan reaktiot vaativat asiantuntemusta, koska ne peittyvät aivohalvauksireiden alle. Kriisireaktiot jaetaan neljään ryhmään. Fyysisiä reaktioita voivat olla erilaiset lihasjännitykset ja kivut, päänsärky ja esimerkiksi ylivireys kehossa. Tunne-elämän reaktiot voivat ilmentyä esimerkiksi pelkotiloina, itkuherkkyytenä, tunnetilojen

vaihteluina ja aloitekyvyttömyytenä. Kognitiivisia eli tiedonkäsittelyyn liittyviä reaktioita ovat uuden tiedon vastaanottamisen vaikeudet, keskittymisvaikeudet, ymmärtämisen vaikeudet ja vaikeudet sanojen tuottamisessa, muistikatkot ja –vaikeudet sekä muun muassa suunnistusvaikeudet. Käyttäytymisessä reaktiot näkyvät yliaktiivisuutena ja kyvyttömyytenä levätä, sosiaalisena vetäytymisenä, mahdollisesti riitelynä, tupakoinnin tai päihteiden käytön lisääntymisenä, tehokkuuden heikentymisenä ja niin edelleen. Omaiset kokevat yleensä raskaimpina tunne-elämän reaktiot. (Ovaska - Pitkänen, 1999, 272 – 273.)

Kriisissä on J. Cullbergin kriisiteorian mukaan neljä erilaista vaihetta, joiden on saatava tulla ja jotka on elettävä läpi, jotta voisi selvittää henkisesti tilanteesta. Shokkivaihe syntyy välittömästi trauman jälkeen. Tapahtumasta ei ole tässä vaiheessa selkeää kuvaa, olo saattaa olla unenomainen, sekava, turta tai muistamaton. Shokkivaihe kestää tavallisesti muutamasta tunnista kolmeen päivään. Reaktiovaiheessa omainen alkaa ymmärtää tapahtuneen menetyksen ja hän on tilanteessa paremmin läsnä kuin shokkivaiheessa. Nimensä mukaisesti kriisireaktiot voivat reaktiovaiheessa olla voimakkaita. Tyypillisiä koettuja tunteita ovat pelko, avuttomuus, syyllisyys, ärtyneisyys ja turhautuneisuus. Reaktiovaihe voi kestää viikkoja. Käsittelyvaihe katsotaan alkavaksi vasta, kun omainen oppii vähitellen elämään uudessa tilanteessa. Arki askareineen sujuu jo paremmin ja tapahtunutta pystyy käsittelemään. Käsittelyvaihe voi kestää jopa puoli vuotta. Uudelleen asennoitumisen vaiheesta voi puhua sitten, kun kriisistä on päästy yli. Elämälle on löytynyt uusi perusta ja kriisin läpikäynyt voi olla henkisesti vahvempi kuin ennen traumaa. (Ovaska - Pitkänen, 1999, 274.)

Muuttunut elämäntilanne aiheuttaa sekä positiivisia tunteita kuten rakkaus ja ilo, että negatiivisia tunteita, kuten syyllisyys, ahdistus ja pelko. Tunteet ovat kietoutuneet toisiinsa. Syyllisyys on useimmiten ilmaistu tunne. Syyllisyys ilmenee pohdintana siitä, onko tapahtumahetkellä toimittu oikein tai onko oma tuki ja toiminta riittävää toipumisaikana. Pelot liittyvät terveydentilan muutoksiin, omaan jaksamiseen ja terveydentilan heikkenemiseen, itsenäisyyden ja hallinnan menetykseen. Tunnetiloissa selviytymistä edistää rakkaus sairastuneeseen, ilo onnistumisista ja tunne omasta tarpeellisuudesta. Selviytymistä heikentävät syyllisyys, ahdistus ja erilaiset pelot. (Purola, 2000, 92 – 93.)

### 3.2 Omaisen selviytyminen

Omaisien jaksamista on tutkittu vähän. Hodgsonin (1996) mukaan omaisen jaksamisessa ei ole todettu yhteyttä omaan ikään, sairastuneen henkilön mielialaan tai sairastuneen henkilön päivittäisten askareitten suorittamisen kykyihin. Hänen mukaan jaksamista ennustavat omaisen fyysinen terveys, tyytyväisyys palveluihin sekä potilaan kanssa vietettävän ajan määrä. Näyttää on, että sairastuneen kognitiiviset häiriöt kuormittavat omaista enemmän kuin sensomotoriset. (Kukkonen, 2010, luento.) Purolan tutkimuksen mukaan sairastuneen selviytymisen kannalta on olennaista, missä elämänvaiheessa ihminen sairastuu aivoverenkiertohäiriöön. Jos sairastuminen ajoittuu eläkeikään, menettävää ei ehkä ole niin paljon. Kokemukset ovat kuitenkin yksilöllisiä. (Purola, 2000, 121.) Omaisella voi olla hyvin erilaisia selviytymistapoja. Joku voi antaa periksi, toinen uhrautuu ja yrittää liikaa ja kolmas antaa mennä vaan. Mikäli omainen torjuu omat oikeutensa ja tarpeensa, seuraa väsymys. Väsyminen voi johtaa katkeruuteen sairastunutta ja hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Ovaska - Pitkänen, 1999, 284.)

Purolan (2000) tutkimuksessa Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä omaisten aineistosta muodostettiin viisi selviytymistyyppiä: uudelleen orientoitunut, luottavainen, pakenija, sinnittelijä ja luovuttaja. Uudelleen orientoitunut on muuttanut toimintatapojaan elämäntilannettaan vastaavaksi. Selviytymistä tukevat harrastukset ja sosiaaliset suhteet ja heikentävät kuntoutuksen irrallisuus kotielämästä. Luottavainen kokee elämäntilanteessaan sekä hyviä että huonoja puolia. Elämänarvojen uudelleen järjestäminen kuuluu hyviin puoliin ja luopuminen tulevaisuuden suunnitelmista huonoihin. Pakenija elää joko menneessä tai tulevaisuudessa. Selviytymistä edistää uusien roolien oppiminen ja heikentää eläminen potilaan ehdoilla. Sinnittelijä on muuttanut pakon edessä toimintatapojaan. Selviytymistä tukee tulevaisuuden suunnitteleminen ja heikentää pettymykset hoitohenkilökuntaa ja kuntoutusjärjestelmää kohtaan. Luovuttaja on tyyppinä tyytymätön elämäntilanteeseensa. Omat mahdollisuudet vaikuttaa tilanteen muuttamiseen ovat huonot ja terveydentila on usein huono. (Purola, 2000, 1.)

### 3.3 Omaisen osallistuminen hoitoon

Yleisimmin käytetty perustelu omaisen hoitoon osallistumisessa on potilaan hyvinvointi. Osallistuminen on johdettu latinan kielen sanasta *participare*, joka tarkoittaa ottaa osaa. Brownlean (1987) mukaan hoitoon osallistuminen tarkoittaa, että voi tai saa osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon, hoidon tuottamiseen ja arviointiin tai yksinkertaisesti vain olla yksi monista, joilta kysytään neuvoa ja mielipidettä hoitoa koskevissa asioissa. Laitisen (1996) mukaan omaisten hoitoon osallistuminen on tavallisesti rajattu joihinkin konkreettisiin, yleisimmin päivittäisiin toimintoihin. Lisäksi osallistumiseen on sisällytetty omaisten aktiivisuus hoidon suunnittelussa tai päätöksenteossa. Omaisten hoitoon osallistumista suositellaan tavoitteeksi holistisessa hoitotyössä niin kotona kuin pitkäaikais- ja akuuttihoitossa laitoksessa. Omaisten hoitoon osallistumisen aktivointi onnistuu parhaiten pitkäaikaishoidossa, koska omaisten ja hoitohenkilöstön välille ehtii syntyä yhteistoiminnallinen vuorovaikutussuhde. (Isola ym., 1999, 62 - 66.)

Omaiset kokevat, että heille annetaan helposti passiivinen rooli eikä heidän mielipiteitään tiedustella riittävästi (Purola, 2000, 10). Omaiset odottavat ja tarvitsevat hoitohenkilökunnan kutsua tulla mukaan osallistumaan hoitoon (<http://www.duodecimlehti.fi>). Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoisia omasta roolistaan aloitteentekijänä vuorovaikutustilanteissa potilaan omaisen kanssa ja osoittaa kiinnostusta omaisten kysymyksille ja tiedoille. Erityisesti arkoihin omaisiin tulee kiinnittää huomiota. (Lipponen ym., 2006, 47.) Omaiset ovat useimmiten halukkaita osallistumaan kevyisiin avunantoihin. Toisaalta osallistumishalukkuutta on lähinnä niillä omaisilla, jotka ovat jo aikaisemmin osallistuneet kyseisen potilaan hoitoon esimerkiksi omaishoitajana kotona. (Isola ym., 1999, 62 – 66.)

Kotoa omaishoidon piiristä laitoshoidoon siirtyneen geriatrisen potilaan kohdalla huomiota tulee kiinnittää ammattiauttajien valmiuteen tukea omaisia löytämään uusi, kumppanuuteen perustuva rooli. Tällöin hoitovastuun siirtäminen tarjoaa omaiselle positiivisia mahdollisuuksia keskittyä perushoidon sijasta esimerkiksi omaisen elämänlaadun parantamiseen. Omaiset tarvitsevat tukea siihen, kuinka muutos uuteen rooliin tapahtuu. Butcherin ym. (2001) mukaan aikaisemmin omaishoitajana toimineen omaisen roolin muutos täyden vastuun kantajasta täydellisesti ulkopuoliseksi voi ylläpitää tunnetta hoitamisen pakosta. Voidaan kokea syyllisyyttä läheisen hoitoon sijoittamisesta. Tunne voi pakottaa omaisen entistä tehokkaammin tarjoamaan hoitoa tai koetaan tarvetta ryhtyä valvomaan ammattiauttajien hoitamista. Omaisen ja hoitohenkilökunnan välille voi kehittyä konflikti rooliristiriidoista johtuen. (<http://www.duodecimlehti.fi>.)

Työntekijän tulee selvittää jokaisen potilaan kohdalla, haluaako hän omaisen mukaan ohjaukseen (Lipponen ym., 2006, 47). On eettisesti tärkeää miettiä myös omaisten kykyä ja halukkuutta osallistua vanhusten hoitoon. Kohtuuton omaisten hoitoon osallistumisen korostaminen voi kääntyä stressiksi niille omaisille, jotka jo pursuavat tehtäviä ja velvollisuuksia työssä ja kotona. (Isola ym., 1999, 65.) Toisaalta sairastuneen puoliso on yleensä iäkäs itsekin eikä ehkä koe jaksavansa osallistua sairastuneen hoitamiseen. Vastuu luo omaisille mielekkyyden tuntua elämään ja on luottamuksen osoitus, mutta se voidaan kokea myös liian raskaana. Kyetäkseen auttamaan potilasta omaiset tarvitsevat käytännön taitojen harjoittelemista ja opastusta. Heikosti selviytyvät AVH-potilaat ja heidän omaisensa voisivat hyötyä voimavaroalähtöisistä työotteista, joilla pyritään vahvistamaan yksilön osaamista ja uusia mahdollisuuksia toimia. Näin pyritään antamaan merkitys vaikeillekin elämäntilanteille ja suuntaa tulevaan. (Purola, 2000, 111, 115, 117.)

#### 4 OMAISEN TUKEMINEN

Salosen ((1997) mukaan terveydenhuoltopalveluiden vaikuttavuudesta ei ole juurikaan tutkittua tietoa AVH-potilaiden ja omaisten tukemiseen liittyen, vaikka tuki on keskeinen hoitotyön menetelmä. (Purola, 2000, 28). Kuuppelomäki (1997) viittaa tutkimuksiin, joissa henkilökunnalla ei ole riittävää käsitystä siitä, mitä potilaat ja omaiset odottavat heiltä. Hoitajien ja omaisten arviot tiedonsaannin riittävydestä poikkesivat toisistaan. Omaisten odotukset liittyivät tiedonsaantiin, kun hoitajat painottivat emotionaalista tukea. (<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>.) Eniten omaiset siis odottavat hoitohenkilökunnalta tiedollista tukea (Lipponen ym., 2006, 45). Omainen voi kokea saavansa tukea annetun palautteen ja saadun konkreettisen tiedon muodossa. Hänellä on tarve saada enemmän tietoa ja tukea kuin mitä on tarjottu. (Haunia, 2000, 3 – 4.) Omaiset kokevat tilanteet yksilöllisesti ja siksi he myös tarvitsevat yksilöllistä tukea. (Lipponen ym., 2006, 45).

Leino-Kilven, Mäenpään ja Katajiston (1999) mukaan pitkäaikaisesta terveysongelmasta kärsivät odottavat saavansa tukea nimenomaan terveydenhuollon henkilökunnalta (Purola, 2000, 28). Hoito- ja terapiahenkilökunta muodostavat potilaalle ja hänen omaiselleen tärkeimmän tukiverkoston etenkin sairastumisen alkuvaiheessa. Asiantuntijoiden apua odotetaan, koska se on omaisten mielestä neutraalia eikä edellytä vastavuoroisuutta. Omainen odottaa tukea tilanteen läpikäymiseen, koska hänen omat voimavaransa eivät välttämättä riitä käsittelemään sairastumisen seurauksia. Asiantuntijoilta kaivataan aktiivista avun tarjoamista ja asioihin puuttumista, koska sen pyytäminen on vaikeaa. (Purola, 2000, 86).

Teoreettisesti tuki voidaan jaotella hyvin monella tavalla. Helena Purola (2000) tarkoittaa tuella sellaista henkilöiden välistä vuorovaikutusta, jolla on myönteinen merkitys tuen saajan senhetkiseen elämäntilanteeseen ja siihen liittyviin ajankohtaisiin kysymyksiin. Hän jakaa tuen emotionaaliseen ja informatiiviseen eli tiedolliseen tukeen. (Haunia, 2000, 3 – 4.)



#### 4.1 Informatiivinen tuki

Informatiivinen tuki antaa omaisille tietoa, neuvoa, ehdotuksia ja tukea sairaudesta, sen tuomista ongelmista ja niistä mahdollisuuksista, joilla omainen voi auttaa läheistään itse konkreettisesti (Haunia, J. 2000, 7 – 8). Tiedollinen tuki sisältää tiedon antamisen menetyksiin liittyen, palautteen vastaanottamista, opastusta, apua päätöksenteossa ja uuden näkökulman valaisemisessa (Forsbom ym., 2001.) Lisäksi tietoa on sairastuneen tilan lisäksi annettava tavallisista kriisireaktioista, jotta omainen voisi tunnistaa oman reagoititapansa ja sitä kautta ymmärtää olemistaan. (Ovaska - Pitkänen, 1999, 275 - 276.) Tiedollista tukea antavat terveydenhuollon henkilöstön lisäksi esimerkiksi potilasyhdistykset (Haunia, J. 2000, 7 – 8).

Omaiset odottavat saavansa informatiivista tukea jatkuvasti, rehellisesti ja pyytämättä. Tiedon puute pelottaa ja vihastuttaa omaista sekä heikentää henkistä tasapainoa. Omaiset odottavat tietoa potilaan sairaudesta, hoidosta, ennusteesta ja jatkohoidosta. (Lipponen ym., 2006, 45.) Kommunikaation tulee olla alusta asti avointa. Jopa epämieluisakin tieto on epävarmuutta parempi vaihtoehto (<http://www.duodecimlehti.fi>).

Hoitohenkilökunta tarvitsee rohkeutta kohdatakseen omaisen yksilöllisesti. Omaisten tiedon tarpeen kartoittaminen (esimerkiksi kysymällä minkälaista tietoa omainen tarvitsee ja kaipaa) helpottaa yksilöllisen ohjauksen antamista. Tietoja potilaan omaiselle annettaessa työntekijää sitovat vastuullisuus, luottamus ja vaitiolovelvollisuus potilaan toiveet huomioiden. Tiedon välittämistä tulee kehittää niin, että se ei sivuuta tai loukkaa potilaan itsemääräämisoikeutta. (Lipponen ym., 2006, 45 – 49.)

Tapa, jolla tietoa annetaan, merkitsee omaiselle yhtä paljon tai enemmänkin kuin tiedon varsinainen sisältö (Lipponen ym., 2006, 49). Tiedonantotapa on merkittävä tekijä myös ymmärrettävyyden kannalta. Avainasemassa siinä kuinka tieto tavoittaa omaisen on tilanne, jossa tietoa annetaan. (Holmia ym., 2004, 308). Omaisen ohjaukseen tulee tarvittaessa olla erillinen tila, jossa on mahdollisuus keskustella rauhassa. Omainen ei ehkä halua kaikesta keskustella potilaan vuoteen äärellä.

Omainen vaistoa herkästi työntekijän kiireen, kärsimättömyyden, välinpitämättömyyden samoin kuin aitouden ja empaattisuuden (Lipponen ym., 2006, 46, 49). Tilanteen lisäksi on tarkoin harkittava mitä tietoa annetaan, missä muodossa ja missä vaiheessa

(Ovaska - Pitkänen, 1999, 273). Useimpien omaisten mielestä tietoa tulee antaa selkeästi, yksinkertaisesti ja ystävällisesti ilman monimutkaista selittelyä sairaalan terminologiaa välttämällä. Väärinkäsitysten välttämiseksi on hyvä tarkistaa, että työntekijä ja omainen ovat ymmärtäneet asian samalla tavalla. (Lipponen ym., 2006, 49.) Haastavaa ohjauksessa on odotus ammattityöntekijän syvästä tietämyksestä ja samalla taito kyetä pelkistettyyn ohjaukseen. Tieto pitää pystyä jakamaan sellaistenkin kanssa, jotka eivät tunne alaa. (Kukkonen, 2010, luento.)

Omaisten kokema henkilökohtainen kriisi vaikuttaa kykyyn vastaanottaa tietoa ja ohjausta. Ohjauksessa on huomioitava tästä syystä omaisen tiedon omaksuminen normaalisista poiketen. (Holmia ym., 2004, 308). Suuri osa osastolla annettavasta tiedosta saattaa mennä ”ohi” kuulijalta. Tiedon vastaanotto on valikoivaa ja monet tärkeät asiat jäävät epäselviksi. Kun epäselvyydet ja aukot täytetään muisti- ja mielikuvilla, muodostuu väärinkäsityksiä. (Ovaska - Pitkänen, 1999, 273.) Tieto on osattava tarjota muodossa, joka on sellaisen maallikon ymmärrettävissä, joka kärsii akuutista kriisireaktiosta (Ovaska - Pitkänen, 1999, 276).

#### 4.2 Emotionaalinen tuki

Emotionaalisen tuen lähtökohtana on ymmärtää ja arvioida omaisen tilannetta ja sopeutumista siihen. Omaiseen kohdistuvia emotionaalisen tuen muotoja ovat myötäelävä kuunteleminen, keskusteleminen, tunteiden hyväksyminen, oleminen lähellä ja realistisen toivon ylläpitäminen. (Lipponen ym., 2006, 46.) Emotionaalinen tuki tarkoittaa omaisille annettua mahdollisuutta jakaa tunteita ja kokemuksia sekä saada rohkaisevaa ja lohduttavaa palautetta. (Haunia, J. 2000, 7 – 8.)

Tapahtuneen käsittely myös tunnetasolla on ensisijaisen tärkeätä, jotta kykenisi kokonaisvaltaisesti hahmottamaan ja ymmärtämään tapahtuneen. Työntekijän tulisi kannustaa omaista puhumaan tunteistaan, mikäli omainen kokee siihen tarvetta. Yksinkertaiset kysymykset kuten ”Miten jaksatte?” tai ”Oletteko nukkuneet?” antavat tunteen välittämistä. Emotionaalista tukea ei voida tiedollisen tuen tapaan organisoida systemaattisesti, vaan työntekijöillä pitää olla tilanneherkkyyttä tunnistaa omaisten tarpeet kohtausmistilanteissa (Lipponen ym., 2006, 46 – 48).

Kuuntelemisen taidossa voi kehittyä siitä huolimatta, että moni työntekijä kokee jo olevansa hyvä kuuntelija. Ojasen (2000) mukaan työntekijän on luovuttava mestarin roolista ja tuettava ohjattavan omaehtoista kasvua ja asiantuntijuutta. Aidon yhteyden saaminen toiseen ihmiseen edellyttää herkkyyttä vastaanottaa toisen lausumaa niin sanottua ”kuumaa puhetta” tai ”kuumia sanoja”. Kuuntelija tarttuu puhujan sanoman ytimeen ja kuuntelemisesta tulee tutkivaa, mikä auttaa ymmärtämään paremmin toisen kokemuksia. Tämä mahdollistaa saavuttamaan positiivisen yhteyden osapuolten välille. (Hentinen ym., 2009, 79 – 80.)

Ihmiset ovat rytmeiltään ja energiatasoiltaan yksilöllisiä. Temperamentilla tarkoitetaan synnynnäistä tapaa, jolla yksilö lähestyy ja vastaa ympäristöstään tuleviin ärsykeisiin. Jokainen työntekijä ja omainen ovat temperamentiltaan erilaisia. Temperamenttien yhteensopivuus voi helpottaa yhteistyötä ja päinvastoin. Ammattiauttaja osoittaa kunnioitusta hyväksymällä omaiset sellaisina kuin he ovat. Työntekijän elinvoima ja pyrkimys eteenpäin vaikuttavat positiivisesti yhteistyösuhteeseen. (Häkämies, 2010, luento).

## 5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 5.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilas geriatrisella vuodeosastolla

Suomalaiset aivoverenkiertohäiriöpotilaat ovat keskimäärin yli 70-vuotiaita, iäkkäitä ihmisiä. Merkittävä osa kaikista aivoverenkiertohäiriöistä ilmaantuu muiden vakavien perussairauksien hoidon aikana. Usein iäkkäällä AVH-potilaalla elämänhallinta siirtyy itseltä muille ja pysyvän laitoshoidon todennäköisyys kasvaa. Elinennusteeseen vaikuttavat vaurion laajuuden ja sijainnin ohella sairastuneen muut yksittäiset perussairaudet ja ikä.

Akuuttiin aivoverenkiertohäiriöön sairastunut potilas kuuluu intensiivisen fysioterapian piiriin geriatrisella vuodeosastolla ennusteesta huolimatta potilaan tilaa seuraten. Esi-merkiksi tajuttoman potilaan fysioterapia sisältää asentohoidon ja matalien alkuasentojen perusliikkumisen ohjauksen henkilökunnalle. Kuntoutus perustuu käsitykseen aivojen plastisuudesta ja potilaan voimavaroihin. Sairauden myötä menetettyjen toimintojen uudelleen oppiminen potilaan mahdollisuudet huomioiden vaatii tuhansia toistoja eli koko henkilökunnan ja omaisten puhaltamista yhteen hiileen. Nykyisellä henkilöstömitoituksella kuntoutumista edistävä hoitotyö AVH-potilaalla ei pääse täysimittaisesti toteutumaan. Tällöin tavoitteeksi voitaisiin ottaa harkinnan mukaan jonkin päivittäisen toiminnan systemaattinen toteuttaminen kuntoutumista edistävän hoitotyön periaatteiden mukaan.

Heikkokuntoisenkin potilaan kohdalla kuntoutus on prosessi, joka muodostuu viidestä eri vaiheesta. Alkukartoituksessa omainen on paras asiantuntija kertomaan potilaan esitiedoista kuten mieltymyksistä, taipumuksista, persoonallisuudesta ja elämäntavoista esimerkiksi afaatikon kohdalla. Tavoitteiden laatiminen on olennaista toteuttaa yhdessä lähiomaisen kanssa. Omaiselle annetaan tällä tavoin toivoa ja realistinen näkymä tulevaisuuteen. Heikkoennusteisen potilaan kohdalla toivo on arjen pieniä onnistumisia. Tavoitteiden laatimisen yhteydessä omaisen osallistuminen rajataan konkreettisesti ja sovitaan yhteisistä pelisäännöistä. Ideaalia on, jos omainen voitaisiin kytkeä heti alusta pitäen kuntoutusprosessiin mukaan ja pitää hänet siinä koko prosessin ajan.

Hoitotyöntekijöiltä ja lääkäriltä odotetaan vuodeosastolla sairauden syvää ymmärrystä. Geriatriset vuodeosastot ovat usein diagnooseiltaan niin sanottuja sekaosastoja. Vaarana voi olla, että AVH-potilas monituisine oireineen pitkällä kuntoutumispolullaan hukkuu esimerkiksi infektiopotilaan varjoon. AVH-yhdyshenkilön rooli kyseiseen potilasryhmään keskittyneenä voisi edesauttaa tämän pitkäaikaisen sairauden kohtaamista myös hoitotyöntekijöiden keskuudessa. Työelämään palatessani on hyvä vielä kartoittaa osastoilta, mitä AVH-yhdyshenkilöltä odotetaan hoitohenkilökunnan taholta ja onko omaisilla joitakin toiveita.

## 5.2 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan omainen

AVH-potilaiden ja heidän omaistensa selviytyminen liittyvät toisiinsa. Omaiset ovat potilaan voimavara, jonka huomiointia ja yhteistyöhön kutsumista tulee kehittää, koska se vaikuttaa olennaisesti kokonaishoidon onnistumiseen. Omaisen määrittäminen ei ole aina yksinkertaista, mutta käytännön työn kannalta se on tärkeää. Lähiomainen on henkilö, jota ensisijaisesti informoidaan potilaan tilasta ja asioista. Käytännössä lähiomaiseksi potilastietoihin kirjataan yleensä oma puoliso tai parisuhteesta syntynyt biologinen lapsi. Mikäli lähiomaisia ei ole tai välit ovat rikkoutuneet, läheiseksi koettu muu sukulainen, ystävä tai esimerkiksi naapuri kirjataan yhteyshenkilöksi. Potilas itse määrittelee lähtökohtaisesti perheensä.

Kaikilla iäkkäillä ihmisillä ei ole läheistä ihmistä enää olemassa. Esiintyy myös tapauksia, jolloin aiemmin läheiset välit ovat jossain elämänvaiheessa katkenneet tai haavoittuneet niin vaikeasti, että potilaan toive on, ettei kyseisille henkilöille saa missään tapauksessa antaa tietoja. Hoitotyöntekijälle vaikea tilanne voi olla esimerkiksi silloin, kun akuutti AVH-potilas on erikoissairaanhoidosta vuodeosastolle siirrettäessä tajuton tai muutoin vuorovaikutuskyvyiltään heikko ja joukko omaisia tiedustelee potilaan senhetkisestä tilasta. Käytännössä osastolla vierailevista omaisista erottuu kuitenkin läheisin henkilö, jolle tietoa annetaan

Tieto aivoverenkiertohäiriöstä aiheuttaa paitsi potilaalle myös hänen omaiselleen henkilökohtaisen kriisin. Omaisen kriisin vaihe on tärkeää tunnistaa. Shokkivaihe esiintyy välittömästi tapahtuneen jälkeen. Shokkivaiheessa ei ole järkevää jututtaa omaista esimerkiksi esitietojen osalta tai ehdottaa häntä osallistumaan potilaan hoitamiseen konkreettisesti. Tavallisesti potilas onkin erikoissairaanhoidossa vielä tässä vaiheessa.

Kriisin toinen vaihe, reaktiovaihe, on jo alkanut potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta geriatrielle vuodeosastolle. Reaktiovaiheen kriisireaktiot ovat nimensä mukaisesti voimakkaita ja voivat kohdistua myös hoitohenkilökuntaan esimerkiksi syyttelyinä tai kielteisenä suhtautumisena. Omaisen ikävienkin tunteiden on annettava tulla ymmärtäen, että ne voivat kuulua osana kriisiprosessiin. Turhautuminen ja syyllisyys ovat reaktiovaiheen negatiivisia tunnetiloja, joita voi yrittää helpottaa esimerkiksi tarjoamalla omaiselle mahdollisuutta osallistua potilaan hoitoon voimavarojensa mukaan. Kokemus omasta tarpeellisuudesta voi tuoda iloa raskaaseen elämänvaiheeseen.

Käsittelyvaihe alkaa sitten, kun omainen oppii vähitellen elämään uudessa tilanteessa. Omaisen oma arki sujuu jo paremmin. Käsittelyvaihe voisi olla otollisin ajankohta terveydenhuollon työntekijälle tarjota yhteistyökumppanuutta omaiselle. Tällöin hoitosuhde on jo pitkällä ja työntekijät sekä osaston rytmi ovat tulleet tutuiksi omaiselle. Osallistuminen yhteistyökumppanina osaston arkeen rakkaan ihmisen hyväksi saattaa auttaa omaista eteenpäin. Uudelleen orientoitumisen vaiheessa kriisistä on päästy jo yli.

Terveydenhuollon työntekijä on aloitteentekijä ja avainasemassa kutsumaan omaista osallistumaan. Aivan aluksi on kuitenkin selvitettävä mikä on potilaan tahto. Tämän jälkeen tulee selvittää omaisen kyky ja halukkuus esimerkiksi suoraan kysymällä. Luonnollisesti potilaan ja lähiomaisen välisen suhteen laatu ennen sairastumista vaikuttaa omaisen valintaan. Lisäksi omaisen terveydentila on suoraan yhteydessä jaksamiseen. Osallistumista ei pidä korostaa eikä siihen saa painostaa, mutta siihen voidaan rohkaista ja antaa mahdollisuus. Jatkossa työntekijän on tarvittaessa rohkaistava omaista myös toisenlaiseen rooliin, mikäli havaitsee omaisen väsyvän hoitoon osallistumiseen. Päivittäisiin toimiin osallistumisen sijaan omainen voisi löytää tehtävänsä sellaisista kumppanuuteen liittyvistä tekijöistä, joilla kohentaa elämänlaatua.

### 5.3 Henkilökunnan tuki geriatrisella vuodeosastolla

Omaiset kokevat tutkimuksien mukaan tärkeimpänä tuen muotona informatiivisen eli tiedollisen tuen. Informatiivinen tuki tarkoittaa tiedon antamista, neuvoja, ehdotuksia ja tukea sairauteen ja potilaan tilaan liittyen, tietoa sairauden mukanaan tuomista ongelmista ja niistä mahdollisuuksista, joilla omainen voi auttaa läheistään itse konkreettisesti. Lisäksi se tarkoittaa tiedon antamista menetyksiin liittyen, palautteen vastaanottamisesta, opastusta, apua päätöksenteossa ja uuden näkökulman valaisemisessa. Lisäksi tietoa on annettava tavallisista kriisireaktioista.

Omaisten kokema henkilökohtainen kriisi vaikuttaa kykyyn vastaanottaa tietoa. Tieto on annettava niin yksinkertaisessa ja selkeässä muodossa, että akuutista kriisireaktiosta kärsivä ”maallikko” voi ymmärtää sen. Tapa ja tilanne jossa tietoa annetaan, merkitsee omaiselle enemmän kuin itse tieto. Tiedonantotapa on merkittävä tekijä myös ymmärrettävyyden kannalta. Työntekijän on tarkoin harkittava mitä tietoa annetaan, missä muodossa ja missä vaiheessa. Tarvittaessa omaisen ohjaukseen tulisi olla erillinen tila, jossa voi keskustella rauhassa.

Tiedollista tukea voi ja pitää tarjota paitsi systemaattisesti myös yksilöllisesti. Väärinkäsityksiä syntyy helposti jos tiedonantajia sooloilee osastolla yhtä monta kuin potilaalla hoitajia ja terapeutteja lääkäri mukaan luettuna. Osastolla pidettävä hoitoneuvottelu koakoisi yhdellä kertaa koko hoitavan tiimin ja omaiset sekä potilaan keskustelemaan potilaan asioista. Ajan puutteesta johtuen hoitoneuvotteluja ei voida usein järjestää. Siksi on tärkeää osaston sisällä neuvotella tehtävänjako ja yhteinen hoitolinja tavoitteineen selviksi työntekijöiden kesken. Omahoitaja vastannee hoitotyöhön liittyvästä tiedollisesta tuesta, fysio-, toiminta- ja puheterapeutit omista erikoisaloistaan sekä lääkäri lääketieteellisestä tiedottamisesta. Kokonaistavoitteen on oltava sama kaikilla.

Tieto siitä, että omaiset kaipaavat ensisijaisesti tiedollista tukea yllätti minut. Monen muun ammattityöntekijän tavoin kuvittelin, että omaiset kaipaavat ennen kaikkea emotionaalista tukea jaksamiseen. Emotionaalinen tuki ei ole systematisoitavissa informatiivisen tuen tavoin. On hyvin yksilöllistä kuinka kukin työntekijä osoittaa myötäelämistä omaista kohtaan. Esimerkiksi temperamenttierot vaikuttavat kohtaamisen onnistumiseen. Ystävällisyys ja kunnioittava potilaan kohtaaminen rauhoittavat myös omaista, joka herkässä mielentilassa aistii tarkoin nimenomaan sanatonta viestintää. Avoin keskustelu kannattaa aina. Suorat kysymykset omaisen jaksamisesta tai esimerkiksi tuen tarpeesta osoittavat välittämistä ja huolenpitoa, mutkaton lähestymistapa aitoutta.

Mielestäni informatiivista ja emotionaalista tukea ei ole käytännössä helppoa tarjota erillisinä. Yksinäisinä tuen muotoina ne eivät ehkä kohtaa omaista. Informatiiviseen tukeen linkittyy parhaassa tapauksessa emotionaalinen tuki. Toisin sanon tilanne ja tapa, jolla tuki tai ohjaus annetaan vaikuttaa siihen kuinka tuki saavuttaa omaisen. Työntekijän on pystyttävä rauhoittumaan läsnä olevaan hetkeen. Läsnäolo on auttamisessa tärkeintä.

Omaisen aktiivinen rooli ei vähennä hoitavan henkilökunnan vastuuta kokonaishoidosta ja kuntoutuksesta. Tyypillisenä esimerkkinä esiintyy AVH-potilaan nielemiseen liittyvä haasteellisuus, joka esiintyy jatkuvasti osastotyössä erityiskysymyksenä. Kyetäkseen auttamaan potilasta, omaiset tarvitsevat demonstratiivista ohjausta eli tukea ja opastusta käytännön taitojen harjoitteluun potilaan erityiskysymykset huomioiden. Omainen tarvitsee kannustusta ja hyväksyntää onnistuakseen uudessa roolissaan. Seuraava kirjallinen projektini voisi olla ohjauskokonaisuus keskeisimmistä perusliikkumiseen tai päivittäisten toimintojen ohjaukseen liittyvistä tekijöistä henkilökunnalle ja omaisille vahvistamaan omaisen aktiivista osallistumista käytännössä. Työn voisi mielellään toteuttaa työyhteisön sisällä sisäisen koulutuksen näkyvänä tuotoksena.



## LÄHTEET

- Christensen, D. 1993. Elämä paremmaksi aivohalvauksen jälkeen? Valtion painatuskeskus.
- Ellen, K & Baker. Bergroth, R. (suom.) 2003. Työvälineenä oma persoona. Helsinki: Edita Publishin Oy.
- Faulkner, A. & Maquire, P. 1999. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaisensa kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Forsbom, M-J., Kärki, E., Leppänen, L. ja Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Kustannusyhtiö Tammi.
- Haunia, J. 2000. Aivohalvauspotilaiden omaisten kokemuksia läheistensä hoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pori: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Häkämies, A. 2010. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. Luento.
- Hellsten, T. 2005. Ihminen tavattavissa. Helsinki: Gummerus.
- Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Kukkonen, T. 04.02.2010. Luento: Sillalla – På Bron.
- Laitinen-Junkkari, P. (toim.) 1999. Moninainen vanhusten hoitotyö. WSOY.
- Laitinen, K., Miske, K. & Salminen, U. 2006. Iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö Kaupin sairaalassa fysioterapeutin ja sairaanhoitajan näkökulmasta. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Kuntouttava työote aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitotyössä. Erikoistumisopinnot Kehittämistehtävä.
- Lindqvist, M. 2006. Auttajan varjo. Keuruu: Otava
- Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Ovaska-Pitkänen, M. 1999. Aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Kirjayhtymä.
- Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Saari, S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Otava.
- Tilvis, R. & Sourander, L. 1993. Geriatria. Helsinki: Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy.

Tilvis, R. (toim.) & Aantaa, E. (kirj.) 2001. Geriatria. Helsinki: Duodecim. Hämeenlinna: Karisto.

Valvanne, J. (toim.) 2001. Geriatriinen kuntoutus. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Voutilainen, P., Laaksonen, K. (toim.). 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Askel eteenpäin. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

## VERKKOLÄHTEET

Geriatrian opintopaketti. Geriatrian haasteet. Tulostettu 11.03.2010.  
<http://www.gernet.fi>.

Jyväskylän koulutuskeskus. 2006. Omaisten kohtaaminen työssä. Tulostettu 11.03.2010.  
<http://www.jyvaskylankoulutuskeskus.fi>

Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 1998. ”Miten voin parantua, jos te ette usko minun parantuvan?” Hoitolinjan valinnan ei-lääketieteelliset vaikuttimet. Tulostettu 11.03.2010. <http://www.duodecimlehti.fi>.

Sairaanhoitajaliitto ry. 2005. Kenen tahto hoidossa toteutuu? Tulostettu 08.03.2010.  
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>.